

# 事故報告書 (事業者→●●福祉事務所)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報     
  第 \_\_\_ 報     
  最終報告

提出日：西暦 2024 年 3 月 20 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 (                      )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2 事 業 所 の 概 要	法人名	株式会社▲▲介護サービス										
	事業所(施設)名	有料老人ホーム●●館					事業所番号	117*****				
	サービス種別	有料老人ホーム										
	所在地	埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1										
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名	浦和 花子			年齢	84		性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦	2022	年	4	月	22	日	保険者	さいたま市		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 (                      )										
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立								
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦	2024	年	3	月	2	日	14	時	45	分頃(24時間表記)
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 (                      )										
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細	14:45 居室内から「バタン」と音がする。介護職員が駆けつけバイタル等確認。 右太腿付近に痛みあるも、経過観察。 16:00 右太腿の痛みが引かず、病院を受診。右足太腿骨転子部骨折と診断。										
	その他 特記すべき事項	家族へ受診結果の報告を行うも、報告内容に納得されず。										

5 事故発生時の対応	発生時の対応	14:45 バイタル等確認後、看護師に報告。外傷は見られないが右太腿付近に痛みの訴えあり。									
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input checked="" type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他( )									
	受診先	医療機関名	●●整形外科				連絡先(電話番号)	048-***-****			
	診断名	右足太腿骨転子部骨折									
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 右足太腿骨 ) <input type="checkbox"/> その他( )									
	検査、処置等の概要	レントゲン検査									
6 事故発生後の状況	利用者の状況	浦和様は、保存治療を選択されたため、7日から施設へ戻られています。今後、施設にて治療を続けていきます。									
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )								
		報告年月日	西暦	2024	年	3	月	2	日		
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名( )         警察署名( )         名称( )									
本人、家族、関係先等への追加対応予定	家族に詳細な説明を求められたため、5日來所予定。										
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)										
	<p>日中の変動が少ない入居者だったが、浦和様がトイレへ行こうとしたところ、歩行した際にふらつき倒れたと想定される。また、床に敷いてあったマットがめくれている箇所があり、躓いた可能性もある。</p>										
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守りセンサーの使用。</li> <li>・自力で起床ができるように周辺環境を整える。</li> <li>・全入居者に対して、マットのめくれ等、転倒リスクにつながるものを確認する。</li> <li>・環境を整えることについて、職員の業務マニュアルへ追加。</li> <li>・職員への介護研修で事例として共有する。</li> <li>・施設入居時に家族へ、どの程度の事例で報告を求めるのか、連絡可能な時間帯はいつなのかを確認する。家族の要望に応じて、適切に報告を行う。</li> </ul>										
9 その他 特記すべき事項											